



ЛИСТ ПОДПИСЕЙ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА ОБСЛУЖИВАНИЯ

INDIVIDUAL SERVICE PLAN SIGNATURE PAGE

Индивидуальный план обслуживания (ISP) РАЗДЕЛ 4: ПОДПИСИ СТРАНИЦА 2

ИМЯ	НОМЕР ОТДЕЛА DDD
-----	------------------

УТВЕРЖДЕНИЕ ПЛАНА ОБСЛУЖИВАНИЯ

Я ознакомился с ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ПЛАНОМ ОБСЛУЖИВАНИЯ и согласен с целями и услугами, описанными в РАЗДЕЛЕ 3. Данный план обслуживания не гарантирует предоставление услуг согласно статье Административного кодекса штата Вашингтон WAC 388-825-050.

Новые цели не должны добавляться без моего предварительного согласия и подписи.

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА	ДАТА
ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА
ПОДПИСЬ МЕНЕДЖЕРА ПО ДЕЛУ/РАСПОРЯДИТЕЛЯ РЕСУРСОВ	ДАТА

ВАШИ ПРАВА НА АПЕЛЛЯЦИЮ

Для того чтобы подать запрос на проведение административного слушания для обжалования этого решения, у вас есть девяносто (90) дней после получения данного уведомления.

- В настоящее время вы получаете платную услугу от отдела DDD и желаете продолжить ее получение на время процедуры обжалования. Вы должны подать запрос на проведение административного слушания до: _____.
 - Если вы решите продолжить получение данной платной услуги, а окончательное решение подтвердит решение департамента, возможно, вам придется выплатить компенсацию за получение платных услуг за период до 60 дней.
 - Если вы не хотите продолжать получение своих платных услуг, свяжитесь с:

ПО ТЕЛ. НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Вы имеете следующие права:

1. Использовать представителя на слушании (возможно, вы имеете право на бесплатную юридическую помощь);
 2. Запрашивать копию своих документов и всю информацию, рассматриваемую отделом DDD при вынесении решения;
 3. Представлять документы в качестве доказательств;
 4. Давать показания в ходе слушания и представлять свидетелей для дачи показаний от вашего имени; и
 5. Подвергать перекрестному допросу свидетелей, дающих показания в пользу департамента.

Форма запроса на проведение административного слушания прилагается.

ВОПРОСЫ

Если у вас есть вопросы по данному решению или по процедуре обжалования, пожалуйста, свяжитесь с:

ИМЯ НОМЕР ТЕЛЕФОНА МЕСТНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ



**ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН
ОБСЛУЖИВАНИЯ
СТРАНИЦА ПОДПИСЕЙ
ЗАПРОС НА ПРОВЕДЕНИЕ
СЛУШАНИЯ**

В соответствии с главой 388-02 правил
проведения слушаний DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

ОТПРАВЬТЕ

ПО АДРЕСУ: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

ФАКС: 360-586-6563

Я подаю запрос на проведение слушания в связи с тем, что я не согласен со следующим решением Отдела помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие порока развития (Division of Developmental Disabilities, DDD), в отношении услуги или поставщика услуг.

ВАШЕ ИМЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	ДАТА РОЖДЕНИЯ		
АДРЕС ЛИЦА, ПОДАЮЩЕГО ЗАПРОС НА ПРОВЕДЕНИЕ СЛУШАНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА		
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД РАЙОНА)
			<input type="checkbox"/> АВТООТВЕТЧИК

Я ПОЛУЧИЛ УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ: _____ от: _____
ДАТА _____ НАЗВАНИЕ ИМЕСТОПОЛОЖЕНИЕ ОФИСА DSHS

**Я ЖЕЛАЮ ПОЛУЧАТЬ ПОСТОЯННУЮ
ПОМОЩЬ, ЕСЛИ Я ИМЕЮ НА НЕЕ ПРАВО:** Да Нет Программа: _____

Меня представляет (если вы намерены представлять себя сами, не заполняйте следующие две строки):

ИМЯ ВАШЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ОРГАНИЗАЦИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
--------------------------	-------------	----------------	--

АДРЕС УЛИЦА ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Я разрешаю раскрывать моему представителю информацию, связанную с моим слушанием.

ВАША ПОДПИСЬ	ДАТА
--------------	------

Требуются ли вам услуги переводчика или другая помощь / специальные условия для участия в слушании?: Да Нет
Если да, укажите язык или необходимую помощь _____

Судьи по административным делам (Administrative Law Judges, ALJ) могут проводить некоторые слушания по телефону.
Если вы предпочтете личное слушание, следуйте инструкциям, предоставленным в Уведомлении о слушании (Notice of Hearing), которое будет отправлено вам Управлением административных слушаний (Office of Administrative Hearings, OAH).